



Ärztliche Bescheinigung zur Notwendigkeit vollstationärer Hospizversorgung nach § 39a SGB V

Erstbescheinigung

Folgebescheinigung

Personalien des Hospizgastes

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

PLZ / Wohnort, Straße /Nr.: _____

Hausarzt / Hausärztin: _____

Krankenkasse: _____ Versicherungsnr: _____

Diagnosen des Hospizgastes

Nachfolgende Kriterien treffen auf den Hospizgast zu (bitte ankreuzen):

- Der Hospizgast leidet an einer progredient verlaufenden Erkrankung, welche ein bereits weit fortgeschrittenes Stadium erreicht hat und einer Krankenhausbehandlung im Sinne des § 39 SGB V nicht bedarf.
- Eine Heilung der Erkrankung ist ausgeschlossen.
- Die begrenzte Lebenserwartung beträgt voraussichtlich nur noch mehrere Wochen oder wenige Monate.
- Eine palliativmedizinische Behandlung ist notwendig und vom Hospizgast erwünscht.
- Eine ambulante palliative Versorgung ist aufgrund von Art und Umfang des Versorgungsbedarfs nicht mehr ausreichend oder nicht (mehr) durchführbar.
- Eine stationäre Versorgung in einer Altenpflegeeinrichtung ist unzureichend.

Symptome

- Übelkeit Erbrechen respiratorische Symptome depressive
Verstimmung Schlafstörungen Blutungen neurologische Störungen
 psychische Störungen Schluckstörungen Verwirrtheit Demenz
 motorische Unruhe Durchfall Verstopfung Ödeme Aszites

Palliativ-pflegerischer und palliativ-medizinischer Bedarf besteht in Bezug auf:

- psychosoziale / seelsorgerische Unterstützung Versorgung von Kathetern und
Drainagen Überwachung von Schmerztherapie (WHO-Schema) Versorgung von
(Tracheo-, Uro-, Ileo-, Kolo-) Stomata s.c.- oder i.v. Flüssigkeitssubstitution
 Krisenintervention / Symptomkontrolle s.c.- oder i.v. Infusionen mit Medikamenten
 Versorgung von Port-bzw. Pumpensystemen Wundversorgung (Dekubitus,
exulcerierende Tumore, Fisteln) Enterale Ernährung (PEG) Parentale Ernährung

Es liegen Hinweise auf eine Infektionskrankheit vor ja nein

Bemerkungen des Arztes

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel Arzt / Ärztin